

RECEIVED
2020 OCT 15 AM 8 08
U.S. CLERK'S OFFICE
S.D. DISTRICT COURT
SAN JUAN, P.R.

octubre / 2020

A quien pueda interesar:

Los documentos enviados es
con relación al reclamo de muchos
años que he hecho Ley 89 - Ley 164
Ley 34

Cualquier atención que puedan
brindar a dicho asunto, estaré muy
agradecida. Gracias.

Att:

Maria E. Colon
Ext Jard. Arroyo E4-B
Arroyo PR 00714

Nota: Ley Promesa
Titulo III

Num. 17BK3283-LTS

Prime Clerk
830 Third Ave, 9th Floor
New York, NY 10022

PAID
10/16/20
\$ 000.00
17-03283-LTS

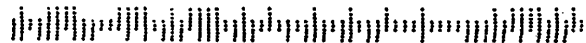
In re Commonwealth of Puerto Rico
Case No. 17-03283
United States Bankruptcy Court for the District of Puerto Rico (San Juan)

**PRIME CLERK RECEIVED YOUR
PROOF OF CLAIM.**

Date Filed: 6/29/2018
Proof of Claim No.: 133062

For additional information, please visit
<http://cases.primeclerk.com/puertorico>, or
call us at 844.822.9231.

Maria Elena Colon Rodriguez
Ext. Jarad De Aprroyo
E4 Calle B
Arroyo, PR 00726





Ave. Ponce de León 463, Pda. 35 Hato Rey - P O Box 364508 San Juan, Puerto Rico 00936-4508

SOLICITUD DE LIQUIDACION DE AHORROS Y DIVIDENDOS 2005

(VEA INSTRUCCIONES AL DORSO)

ORIGINAL - ASOCIACION
COPIA - ASOCIADO

PARTE I A SER LLENADA POR EL SOCIO					FIRMA VERIFICADA
1. Nombre y Apellidos <u>Maria Elena Colon Rodriguez</u>				Núm. Empleado Social <u>REDACTED</u>	Teléfono <u>271-4877</u> Zip Code <u>00714</u>
2. Dirección Residencial <u>Ext. Jard. Arroyo, calle: B-E4-Arroyo, PR 00714</u>					
3. Dirección Postal <u>Ext. Jard. Arroyo, calle: B-E4-Arroyo PR</u>					
4. Indique las ultimas dos (2) agencias donde trabajó					Fechas
Agencia	Puesto - Ofic. Neg. o División	Comenzó Trabajar	Terminó	Zona o Pueblo	
a) <u>Depto. Salud</u>	<u>Reg. Arroyo - Reg. Salud</u>	<u>1/sep/76</u>	<u>30/junio/05</u>	<u>Guayama</u>	
b) <u>Depto de Educacion</u>	<u>ofic. Asst. Personal clasificado</u>	<u>ago/1969</u>	<u>1974</u>	<u>Guayama</u>	
5. Fecha de Efectividad de la Renuncia <u>30/junio/05</u>				6. Tiene AEELA Mastercard <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> No Indique su número	
Indique Fecha (s) de Licencia (s) sin Sueldo				7. Nombre y dirección del pariente más cercano que no viva con usted. <u>Edda Berdeguez, Urb. Monte Olivo #345</u>	
SOLICITO la liquidación de mis ahorros y dividendos acumulados en esa Asociación hasta la fecha de mi separación del servicio público.					
CERTIFICO que la información aquí ofrecida es correcta: <u>Maria Elena Colon Rodriguez</u> <u>7/jul/05</u> Firma del Solicitante Fecha Firma del Testigo					
PARTE II PARA SER LLENADA POR EL RECLAMANTE DE UN SOCIO FALLECIDO QUE HAYA TENIDO UNA VIDA EN HIMONIO					
Nombre del Cónyuge anterior _____					
Dirección _____					
Fecha de Matrimonio v. _____					
Firma y nombre de la persona que ofrece la información _____					
PARTE III A SER LLENADA POR LA AGENCIA					
Nombre del Asociado <u>MARIA E. COLON RODRIGUEZ</u>					
Agencia <u>SALUD</u>				Seguro Social <u>REDACTED</u>	
Fecha (s) de Licencia sin Sueldo Desde 1. <u>n/a</u>				Hasta <u>n/a</u>	
2. _____				Hasta _____	
3. _____				Hasta _____	
Fecha de Efectividad de la Renuncia <u>30 de junio de 2005</u>				Razón de Cese <u>renuncia por Mérito</u>	
SI VA A COMENZAR A TRABAJAR EN OTRA AGENCIA FAVOR INDICAR:					
a) ¿Cuál? _____				b) Fecha _____	
c) Clase de Nombramiento _____					
LOS SIGUIENTES DESCUENTOS DE SU SUELDO MENSUAL FUERON REALIZADOS PARA LA ASOCIACION DURANTE LOS ULTIMOS CUATRO (4) MESES DE TRABAJO.					
MES	AHORROS	SEGURO	PRESTAMO		
<u>marzo 2005</u>	<u>\$53.50</u>	<u>\$9.00</u>	<u>\$7.03</u>		
<u>abril 2005</u>	<u>\$53.50</u>	<u>\$9.00</u>	<u>—</u>		
<u>mayo 2005</u>	<u>\$67.02</u>	<u>\$9.00</u>	<u>—</u>		
<u>Junio 2005</u>	<u>\$53.50</u>	<u>\$9.00</u>	<u>—</u>		
CANTIDAD ACREDITADA A SU DEUDA DE SUMA GLOBAL DE VACACIONES \$ _____				Certifico que he verificado toda la información Ofrecida anteriormente y que es completamente correcta:	
*NETO ENVIADO A LA ASOCIACION PARA ACREDITAR A PRESTAMO. (Firme en forma legible)				VIVIAN I. LABOY SANTIAGO Jefe de Personal o su Representante Autorizado (Uso letra de molde)	
Preparado por _____				787 - 844-2855 Telefono Funcionario Autorizado	
Nómina Núm. _____				7 de julio de 2005 Fecha de Certificación	
Fecha _____				Vivian I. Laboy Santiago Firma	



Estado Libre Asociado de Puerto Rico
ADMINISTRACION DE LOS SISTEMAS DE RETIRO
DE LOS EMPLEADOS DEL GOBIERNO Y LA JUDICATURA
PO BOX 42003 • SAN JUAN PR 00940-2003

8 de agosto de 2005

MARIA COLON RODRIGUEZ
EXT JARD DE ARROYO
E 4 B
ARROYO PR 00714

Estimado (a) señor (a) **COLON:**

S.S: **REDACTED**

Deseamos informarle que su solicitud de pensión por **MERITO** ha sido aprobada efectiva el **1 DE JULIO DE 2005**. La pensión que le corresponde de acuerdo con la legislación vigente es de **\$1,188.45** mensuales. Si posteriormente esta Administración determina la existencia de deficiencias que afecten esta decisión, se procederá a hacer los ajustes pertinentes.

Los pensionados por años de servicio y edad o por mérito, podrán servir al Gobierno, sus instrumentalidades, municipios o corporaciones públicas, sin que se le suspendan sus pagos de pensión, en las siguientes circunstancias; prestar servicios profesionales y consultivos mediante contrato a base de honorarios; servir en puestos regulares con horario parcial que no exceda de la mitad de la jornada completa de trabajo y recibiendo una retribución que no exceda la mitad de lo que correspondería al mismo puesto si fuera a jornada completa.

Le informamos que usted se acogió al Plan Coordinado y su pensión será reajustada al usted adquirir la condición de plenamente asegurado bajo la Ley Federal del Seguro Social. De usted interesar cambiar al Plan de Completa Suplementación deberá solicitarlo en nuestras oficinas.

Si necesita información adicional al respecto, puede solicitar la misma en nuestras oficinas o comunicarse libre de costo, a través de **TELERETIRO AL 1-877-777-2020**.

Le extendemos el más sincero reconocimiento por su dedicación al servicio público.

Cordialmente,

Juan A. Cancel Alegría
Administrador

Daniel Rodríguez Cotto
Director
Area de Servicios al Pensionado

mrm

adm. sist de Retiro
Reembolso a pensionados
PO BOX 42003
Pr Juan P 00940-2003



SOLICITUD DE BENEFICIOS POR AÑOS DE SERVICIO ASEGURADO

VER INSTRUCCIONES AL DORSO

I-INFORMACION SOBRE EL SOLICITANTE			
NOMBRE <u>Maria Elena Colón Rodríguez</u>		SEGURO SOCIAL REDACTED	NUM. EMPLEADO
DIRECCION RESIDENCIAL <u>Ext. Jard. Arroyo</u>		TELEFONO <u>271-4877</u>	
Calle: <u>B-E4-Arroyo, PR</u>		DIRECCION POSTAL <u>Ext. Jard. Arroyo</u>	
		<u>00714</u>	
PUEBLO <u>Arroyo</u>	ZIP CODE <u>00714</u>	PUEBLO <u>Arroyo</u>	ZIP CODE <u>00714</u>
INDIQUE AGENCIA DONDE HA TRABAJADO ANTES		FECHAS DESDE	HASTA
A) <u>Depto. de Salud - San Juan</u>		<u>1/ sept / 76</u>	<u>30 / junio / 05</u>
B) <u>Depto. de Educacion</u>		<u>ago / 1969</u>	<u>1974</u>
C)		<u>ene / 1970</u>	

Conteste las siguientes preguntas

¿Cuándo ingreso al seguro? Fecha <u>1/ sept / 1976</u>	¿Perdió el seguro alguna vez? <input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No Fecha _____	¿Ha vuelto a ingresar al seguro alguna vez? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Fecha _____
¿Cambió de categoría de Seguro? <input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No Fecha _____		
<u>7/ jul / 05</u> FECHA DE SOLICITUD		<u>Maria Elena Colón Rodríguez</u> FIRMA DEL SOLICITANTE

II-CERTIFICACION DE LA AGENCIA

Certifico que MARIA E. COLON RODRIGUEZ Seguro Social **REDACTED**

Cesó de trabajar en esta agencia el 30 de junio de 2005

Disfrutó de Licencia sin Sueldo desde n/a Hasta n/a
Mes / Día / Año Mes / Día / Año

Fecha Ultimo descuento de Seguro 30 de junio de 2005

DEPARTAMENTO DE SALUD VIVIAN I. LABOY SANTIAGO
Nombre de la Agencia Nombre Director de Personal o su Representante Autorizado

7 de julio de 2005 Vivian I. Laboy Santiago
Fecha de Certificación Firma Director de Personal o su Representante Autorizado

III-CERTIFICACION DE SISTEMA DE RETIRO

UNA VEZ SE LE APRUEBE LA PENSION DEBERA CERTIFICAR ESTE FORMULARIO EN EL SISTEMA DE RETIRO AL CUAL PERTENECE.

Certifico que Maria E. Colón Rodríguez Seguro Social _____

Pensionado Número _____ se le aprobó la pensión efectivo al 1 julio 2005

ASR Vivian I. Laboy Santiago
Nombre del Sistema de Retiro al cual Pertenece Nombre Director de Sistema de Retiro o su Representante Autorizado

1 agosto 2005 Vivian I. Laboy Santiago
Fecha de Certificación Firma Director de Sistema de Retiro o su Representante Autorizado

USO EXCLUSIVO DE LA ASOCIACION

HOJA DE TRABAJO Y COMPUTOS

* (1)	(2)	(3)	(4) CESE DESPUES 7/94	(5)	... (6)
68-06	89-06				
		89-06	68-06		

MESES	CANTIDAD
1	\$ 2005
2	
3	
4	
5	
6	
TOTAL A PAGAR = \$	
MENOS DEUDA = \$	
MENOS DEUDA = \$	

* % antes de junio 1968. (primera . 833, segunda . 208).

CLASE DE PAGO 70.

NUM. DE CUENTA: FONDO 30. OBJ. 632. SEC. 2. TRANS. 13S. CLASE- - A.T.

NUM. DE CUENTA: FONDO 20. OBJ. 111. SEC. 4. TRANS. 163. CLASE- - G.E.

NUM. DE CUENTA: FONDO 30. OBJ. 501. SEC. 4. TRANS. 03. CLASE- - C.S.

Maria E. Lopez
Ext. Jard. Anaya
E4-B Anaya PR
00714.

Case:17-03283-LTS Doc#:14628 Filed:10/16/20 Entered:10/20/20 11:29:50 Desc: Main Document Page 6 of 6

13 OCT 2020



Tribunal de Jto. de los E.U.
Room 150 Federal Building
San Juan, P.R. 00 918-1767

RECEIVED
2020 OCT 16 AM 8 08
CLERK OF COURT
U.S. DISTRICT COURT
SAN JUAN, P.R.

